

Trouble psychosomatique

P^r Pascal Cathébras, Valérie Verline

Service de médecine interne, hôpital Nord, 42055 Saint-Etienne Cedex 2

pascal.cathebras@chu-st-etienne.fr

Objectifs

- Diagnostiquer un trouble psychosomatique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

LE FAIT PSYCHOSOMATIQUE : DÉFINITIONS ET CONTROVERSES

La médecine psychosomatique est encore très largement une affaire d'écoles et de doctrines, et le « fait psychosomatique » lui-même est parfois contesté. D'ailleurs, on devrait plutôt parler d'approche psychosomatique, à savoir un point de vue sur la maladie davantage qu'une spécialité médicale. Malgré l'absence d'un corpus théorique cohérent, le concept de médecine psychosomatique appartient désormais au langage courant. Mais dans un monde où le modèle biomédical, fondé sur la causalité biologique de la maladie, imprègne les représentations de toute la population, le terme « psychosomatique » fait souvent office de repoussoir : « psychosomatique » est souvent synonyme, implicitement ou explicitement, d'« imaginaire ». Il n'est pas alors surprenant que cette étiquette soit difficile à porter pour un patient et que celui-ci tende souvent à la refuser obstinément, même lorsque la participation psychologique aux symptômes paraît évidente au médecin.

La définition des « troubles psychosomatiques » ne va pas de soi. L'approche psychosomatique moderne s'interdit de considérer certains symptômes ou certaines maladies comme spécifiquement « psychosomatiques », au sens de symptômes ou maladies « psychogènes ». Désormais, le caractère multifactoriel de la maladie fait l'objet d'un consensus. Même les maladies infectieuses ne sont pas réductibles à l'action pathogène d'un micro-organisme. La santé et la maladie sont la résultante de multiples lignes de force biologiques, psychologiques et sociales. La médecine psychosomatique n'est rien d'autre que la mise en œuvre de la perspective bio-psychosociale (Engel), dans laquelle il n'y a pas de maladies ou de troubles psychosomatiques : les facteurs psychologiques et sociaux interviennent dans toutes les situations pathologiques, qu'il y ait ou non une lésion organique ou un mécanisme physiopathologique décelable. En outre, l'approche psychosomatique prend en compte la comorbidité médicale et psychiatrique qui, du point de vue épidémiologique, est la règle plutôt que l'exception.

Il n'en reste pas moins que certaines situations cliniques relèvent plus que d'autres de l'approche psychosomatique. Ces problèmes ont été surtout étudiés dans le contexte de la psychiatrie de liaison, à l'hôpital général. Deux situations doivent être distinguées : celle où il existe une pathologie organique identifiée ; et celle où les symptômes restent « fonctionnels », c'est-à-dire sans explication (bio)médicale. En présence d'une pathologie organique identifiée, la question sera de savoir si des facteurs psychosociaux ont contribué à la genèse de la maladie ou à son évolution, et si les réactions psychocomportementales du patient à sa maladie sont adaptées ou pathologiques. Concernant celles où les symptômes restent « fonctionnels », la question sera alors de savoir s'ils peuvent être attribués à un trouble mental précis, justifiable d'un traitement spécifique. Si l'on se réfère aux classifications psychiatriques modernes (DSM-IV et CIM-10), les « troubles psychosomatiques » peuvent ainsi schématiquement recouvrir les situations suivantes :

- formes somatisées de la dépression et de l'anxiété ;
- troubles somatoformes ;
- symptômes et syndromes fonctionnels, et somatisation au sens large ;
- facteurs psychologiques influençant les maladies physiques.

De nombreux autres problèmes de santé ont aussi une forte composante psychosomatique, mais sont traités dans d'autres chapitres, comme les troubles du comportement alimentaire.

FORMES SOMATISÉES DE LA DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont très fréquents. Par exemple, la dépression dite « majeure » touche environ 5 % de la population générale, 10 % des consultants de médecine générale et près de 20 % des sujets hospitalisés en médecine ; l'anxiété généralisée touche près de 5 % de la population générale, le trouble panique environ 3 %.

Les symptômes de la dépression et des troubles anxieux sont pour une large part somatiques ; par exemple, en ce qui concerne l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV, les variations de poids et de l'appétit, l'asthénie, et les troubles de concentration (tableau 1) ; en ce qui concerne l'anxiété généralisée, la fatigabilité, les difficultés de concentration, la tension musculaire (tableau 2). Cet aspect est encore plus net pour le trouble panique, 10 symptômes sur 13 possibles de l'attaque de panique étant de nature somatique (tableau 3). Il n'est donc pas surprenant que, d'après de nombreuses études, près de la moitié des patients anxieux ou déprimés consultent d'abord en médecine pour des symptômes physiques, parmi lesquels les douleurs mal systématisées et la fatigue sont au premier plan. Il faut en conséquence rechercher chez ces sujets les symptômes psychologiques des principaux troubles anxieux et de l'humeur, alors que ceux-ci peuvent être à l'arrière-plan. On parle alors souvent de « dépression masquée », concept contestable qui tend à court-circuiter le processus diagnostique : la réponse favorable aux antidépresseurs ne peut être considérée comme un critère diagnostique de dépression, en raison des effets non spécifiques de ces molécules ; et en l'absence du minimum de symptômes psychologiques nécessaires pour porter le diagnostic selon les critères établis, il est abusif de parler de dépression ou d'anxiété.

De la part du malade, des difficultés de perception ou de communication des émotions (alexithymie), ou la crainte de l'étiquette psychiatrique, peuvent être en cause dans cette expression « masquée » d'un trouble dépressif ou anxieux. De la part du médecin, la négligence des symptômes psychologiques par focalisation sur la recherche d'une cause organique aux symptômes peut expliquer le défaut de reconnaissance d'un trouble mental. Le caractère « masqué » des maladies psychiatriques

Tableau 1 Critères diagnostiques (simplifiés) de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV*

Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines ; au moins un des symptômes est (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1 Humeur dépressive
- 2 Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités
- 3 *Perte ou gain de poids en l'absence de régime*
- 4 *Insomnie ou hypersomnie*
- 5 Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6 *Fatigue ou perte d'énergie*
- 7 Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
- 8 *Diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer*
- 9 Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires

* Les symptômes somatiques pouvant motiver une consultation sont en italique.

Tableau 2 Critères diagnostiques (simplifiés) du trouble anxieux généralisé selon le DSM-IV*

- A – Anxiété et soucis excessifs durant au moins 6 mois.**
B – La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
C – Au moins 3 des 6 symptômes suivants sont présents :
- 1 Agitation
 - 2 *Fatigabilité*
 - 3 *Troubles de mémoire et de concentration*
 - 4 Irritabilité
 - 5 *Tension musculaire*
 - 6 *Troubles du sommeil*

* Les symptômes somatiques pouvant motiver une consultation sont en italique.

les plus courantes résulte donc en fait davantage de l'interaction entre malade et médecin que de caractéristiques propres à la maladie mentale elle-même. Interrogés avec tact, la plupart des patients anxieux ou déprimés reconnaissent leur souffrance psychique. Mais si le médecin laisse entendre que « *c'est dans la tête* », le patient comprend : « *Vos symptômes sont imaginaires.* ». Et il n'est pas nécessaire de convaincre le patient qu'il est fatigué ou douloureux parce qu'il est déprimé ou anxieux, alors qu'il perçoit spontanément la causalité en sens inverse. L'important est de faire entendre au malade que le traitement de la pathologie dépressive ou anxieuse est susceptible d'améliorer sa qualité de vie, ce que de nombreuses études ont prouvé.

TROUBLES SOMATOFORMES

Ils regroupent, dans les classifications psychiatriques modernes (DSM-IV et CIM-10), les diagnostics portés chez des patients présentant des symptômes somatiques « psychogènes » ou présumés tels. Si ces catégories ont permis d'étudier des groupes relativement homogènes de malades, leur validité est toutefois contestée.

Le trouble somatisation a remplacé l'ancienne catégorie de névrose hystérique, terme qui avait l'inconvénient d'être particulièrement péjoratif, et de recouvrir des problématiques distinctes : a) une personnalité marquée par des réponses émotionnelles excessives et labiles, une quête d'attention de la part de l'entourage entraînant des conduites de séduction, une dramatisation, un théâtralisme et une suggestibilité (cette personnalité est désormais qualifiée d'histrionique) ; b) des manifestations somatiques de conversion (v. plus loin) ; c) une histoire de vie marquée par de multiples symptômes somatiques médicalement inexplicables (syndrome de Briquet). C'est cette dernière caractéristique qui définit désormais le trouble somatisation, indépendamment de toute anomalie de la personnalité. Le trouble somatisation est très rare. Il concerne surtout des femmes et

débute toujours avant 30 ans. De nombreux symptômes inexplicables doivent être présents ou avoir justifié des consultations ou hospitalisations dans le passé : douleurs de localisation multiple (dont appareil génital), symptômes gastro-intestinaux, symptômes sexuels, symptômes pseudoneurologiques de conversion. Ces symptômes ne sont pas produits intentionnellement (au contraire des pathomimies ou de la simulation), et engendrent une altération considérable du fonctionnement social.

Le trouble de conversion correspond à l'ancienne « hystérie de conversion ». Il est défini par des symptômes touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles, faisant suite à un conflit psychique (inconscient) ou à un stress majeur. Il peut s'agir d'ataxie, de paralysie, de cécité, d'anesthésie, de crises pseudo-convulsives, etc. Ces symptômes ne sont pas produits intentionnellement, mais ils se greffent parfois sur « l'épine irritative » que peut constituer une lésion organique. La personnalité du patient n'est pas nécessairement histrionique, elle peut être normale (dans le cas de situations de stress majeur) ou pathologique (personnalité « limite » en particulier).

Le trouble (somatoforme) douloureux désigne une plainte douloureuse chronique sans substratum organique ou excédant considérablement ce qui serait attendu du fait des lésions constatées. Les facteurs psychologiques apparaissent comme jouant un rôle important dans le déclenchement, l'intensité ou l'entretien des douleurs. Ce diagnostic correspond plus ou moins au « comportement douloureux » commun à la plupart des cas de douleur chronique non maligne.

Tableau 3 Critères diagnostiques (simplifiés) de l'attaque de panique selon le DSM-IV*

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au moins 4 des symptômes suivants sont survenus de façon brutale.

- 1 *Palpitations*
- 2 *Transpiration*
- 3 *Tremblements ou secousses musculaires*
- 4 *Sensation d'étouffement*
- 5 *Sensation d'étranglement*
- 6 *Douleur ou gêne thoracique*
- 7 *Nausée ou gêne abdominale*
- 8 *Sensation de vertige, impression d'évanouissement*
- 9 *Déréalisation ou dépersonnalisation*
- 10 *Peur de perdre le contrôle de soi*
- 11 *Peur de mourir*
- 12 *Paresthésies*
- 13 *Frissons ou bouffées de chaleur*

* Les symptômes somatiques pouvant motiver une consultation sont en italique.

L'hypocondrie correspond à une préoccupation envahissante vis-à-vis de la santé, avec la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave (n'atteignant pas, en règle, une conviction délirante), fondée sur l'interprétation erronée de sensations physiques. Le sujet hypocondriaque est un fort consommateur de soins, il reste inquiet malgré les bilans médicaux négatifs et les explications rassurantes. En fait, l'hypocondrie est plus une dimension présente dans de nombreux autres troubles mentaux qu'une catégorie à part. On constate par exemple fréquemment des préoccupations hypocondriaques au cours de la dépression, de l'anxiété généralisée, et chez le sujet jeune l'hypocondrie résulte le plus souvent d'un trouble panique non reconnu et non traité. Certains auteurs voient dans l'hypocondrie un trouble de personnalité, alors que beaucoup le relie aux troubles anxieux.

Le trouble somatoforme indifférencié est une catégorie résiduelle des troubles somatoformes. Il correspond à une plainte somatique chronique (plus de 6 mois), non ou mal expliquée par les constatations médicales, disproportionnée par rapport à ce que laisserait prévoir l'histoire de la maladie, les signes d'examen ou les examens complémentaires. C'est en fait dans cette catégorie que se situent la plupart des situations de somatisation rencontrées en pratique médicale.

La validité des troubles somatoformes est régulièrement remise en question. Le fait que la catégorie résiduelle soit la plus fréquemment rencontrée en pratique pose problème sur la pertinence des autres troubles. En outre, la comorbidité des troubles somatoformes avec les troubles anxieux et de l'humeur est très importante. Enfin, certains troubles comme l'hypocondrie pourraient être reclassés parmi les troubles anxieux, délirants, ou de personnalité.

SYMPTÔMES ET SYNDROMES SOMATIQUES FONCTIONNELS : SOMATISATION AU SENS LARGE

Chaque jour, de nombreuses consultations médicales se soldent par un diagnostic de symptôme fonctionnel, c'est-à-dire qu'au terme d'investigations plus ou moins complexes et coûteuses il est admis par le médecin qu'aucune lésion organique n'explique le symptôme, qui ne relève pas non plus d'une physiopathologie reconnue (cas, par exemple, de l'asthme ou de la migraine). De façon générale, près d'un tiers des symptômes présentés en consultation restent « médicalement inexpliqués », quel que soit le niveau du système de soins (médecine générale, spécialisée ou hospitalière).

C'est à la situation de symptômes fonctionnels répétés, durables ou invalidants qu'on réserve habituellement le terme de somatisation. La somatisation est ici définie comme la tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une maladie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher une aide médicale (Lipowski). Cette définition de la somatisation ne préjuge pas du caractère exclusivement « psychogène » des symptômes. Elle en fait avant tout un comportement de maladie (*illness behavior*), certes anormal, mais très fréquent et souvent renforcé par le système de soins.

Il arrive que des symptômes fonctionnels se regroupent en syndromes dont chaque spécialité médicale connaît une ou deux variétés : colopathie fonctionnelle pour la gastro-entérologie, syndrome d'hyperventilation pour la pneumologie, fibromyalgie pour la rhumatologie, etc. On parle alors de syndromes somatiques fonctionnels (les Anglo-Saxons utilisent parfois le terme de « syndromes psychosomatiques »). Les syndromes somatiques fonctionnels (SSF) évoluent de façon chronique. Ils sont assez souvent – mais inconstamment – associés à des troubles psychologiques (anxiété, dépression, troubles de personnalité), et relèvent parfois de physiopathologies plausibles (par exemple, le syndrome prémenstruel). L'épidémiologie montre que les SSF sont volontiers associés entre eux, ce qui apporte des arguments aux médecins qui y voient davantage un processus général de somatisation que des « maladies » distinctes. Le diagnostic d'un SSF peut être porté sur des critères symptomatiques positifs et négatifs, et l'élimination d'une pathologie organique par des examens complémentaires simples. L'avantage de pouvoir nommer ce dont se plaint le patient est considérable, et peut parfois mettre fin à une quête désespérée d'explications. Certaines conduites thérapeutiques peuvent aussi découler du diagnostic de SSF. En revanche, il s'agit souvent d'étiquettes stigmatisantes, ou mal acceptées par les médecins et les organismes de sécurité sociale. Et un diagnostic de SSF ne dispense pas d'explorer, comme pour toute situation de somatisation, les facteurs psychosociaux favorisants ou précipitants, et les cercles vicieux qui pérennisent les symptômes, propres à chaque patient.

Les SSF varient, selon les époques, suivant des modes médicales diffusant dans le public. Ainsi, la tétanie normocalcémique ou spasmophilie (concept spécifiquement français) a quasiment disparu depuis qu'on l'explique par l'hyperventilation anxieuse et qu'on la traite par les anxiolytiques et les antidépresseurs plutôt que par le calcium et le magnésium. En revanche, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique et le syndrome algodysfonctionnel de l'articulation mandibulaire (SADAM) sont des SSF communs aujourd'hui. Le syndrome de l'intestin irritable (colopathie fonctionnelle) est très fréquent dans la population générale, et de nombreux sujets qui en souffrent ne consultent pas.

Tableau 4 Facteurs psychologiques influençant une affection médicale (selon le DSM-IV)

A – Une affection médicale générale est présente

B – Des facteurs psychologiques influencent défavorablement l'affection médicale générale de l'une des façons suivantes :

- 1 ils ont influencé l'évolution de l'affection médicale, comme en témoigne l'existence d'une étroite relation chronologique entre les facteurs psychologiques et l'apparition, l'exacerbation ou la guérison de l'affection médicale générale ;
- 2 ils interfèrent avec le traitement de l'affection médicale générale ;
- 3 ils constituent un risque supplémentaire pour la santé de l'individu ;
- 4 les réponses physiologiques au stress provoquent ou aggravent l'affection médicale.

Les « facteurs psychologiques » en question doivent être spécifiés :

- trouble mental (ex. dépression) ;
- symptômes psychologiques (ex. anxiété) ;
- traits de personnalité (ex. pattern A) ou style de *coping* (ex. déni) ;
- comportements inadaptés en matière de santé (ex. comportement sexuel à risque) ;
- réponse physiologique excessive au stress.

Il se caractérise par des troubles du transit intestinal, des sensations dyspeptiques et de ballonnement, et des douleurs abdominales spasmodiques, en regard d'un état général conservé et d'examens endoscopiques normaux. Il est vraisemblable que des anomalies de la sensibilité viscérale soient en cause dans ce syndrome. La fibromyalgie existe depuis toujours mais a porté de nombreux noms (en France, on parle parfois de syndrome polyalgique idiopathique diffus, ou SPID). Il s'agit d'un syndrome douloureux chronique, surtout axial, avec des points particulièrement sensibles à la pression au niveau de certaines insertions tendineuses, associé à une asthénie et à des troubles du sommeil. La fibromyalgie est parfois associée à un rhumatisme inflammatoire ou une autre maladie organique, elle est dite alors secon-

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Il est peu probable qu'une question porte spécifiquement sur une situation de « trouble psychosomatique », compte tenu de l'absence de consensus sur ce que recouvre exactement le terme « psychosomatique ».

En revanche, un dossier clinique peut porter sur un symptôme général tel qu'asthénie ou algies diffuses, ou sur des symptômes « critiques » tels que douleurs abdominales ou thoraciques, dyspnée, palpitation, sensations vertigineuses, etc. Il faudra alors envisager, et pas seulement comme un diagnos-

tic d'exclusion, les diagnostics de dépression, de trouble panique, de conversion, en citant des arguments positifs en faveur de ces diagnostics, et il faudra aussi savoir citer les principaux syndromes somatiques fonctionnels : syndrome de l'intestin irritable, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, sans pour

autant insister sur l'autonomie un peu artificielle de ces catégories diagnostiques. Des questions peuvent aussi porter sur la prise en charge de ce type de troubles : comment rassurer un patient sans multiplier les examens complémentaires ? Comment s'enquérir des explications du malade avant de « négocier » un modèle d'explication commun avec lui ? Comment organiser une prise en charge conjointe somaticien-psychiste cohérente ? ●

daire. La souffrance psychique est habituelle. La physiopathologie de la fibromyalgie primitive est inconnue, mais les hypothèses les plus solides font intervenir un phénomène d'hyperalgésie centrale. La fibromyalgie est souvent associée au syndrome de fatigue chronique, dont on a vainement recherché une cause infectieuse spécifique. Certains SSF se définissent moins par leurs symptômes (non spécifiques) que par une physiopathologie hautement hypothétique (p. ex., infection chronique à *Candida*). C'est dans ces situations qu'apparaît le plus clairement l'une des fonctions inconscientes de la somatisation : maintenir à distance la détresse psychologique, en la camouflant sous une étiquette socialement plus acceptable, celle de la maladie physique.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES INFLUENÇANT UNE AFFECTION MÉDICALE

Ce court chapitre du DSM-IV (tableau 4) recouvre toute la médecine psychosomatique classique (Groddeck, Alexander et l'école de Chicago, Marty et l'école de Paris), qui recherchait dans l'interaction entre psychisme et environnement la cause de certaines maladies organiques. Il n'est bien sûr pas envisageable de traiter de toutes les situations possibles. On se contentera de citer certains des « faits psychosomatiques » les plus communément admis, sur la base de travaux de recherche concordants.

✓ **Le rôle du stress** dans certaines maladies organiques est certain. Par exemple, le rôle d'événements traumatiques dans le déclenchement de maladies endocriniennes, comme la maladie de Basedow ou le syndrome de Cushing, est souvent mis en évidence. Le stress influe sur la réponse immunologique et peut moduler l'expression des maladies infectieuses ou inflammatoires.

✓ **La place de certains facteurs de personnalité** favorisant les maladies organiques est encore discutée. Ainsi, les personnalités passives, soumises, conciliantes et réprimant l'agressivité (personnalité de type C) ne sont plus réellement considérées comme des facteurs de risque de cancer, et les études sont discordantes quant à l'effet protecteur de certains modes de *coping* (faire face) dans le cancer (tempérament combatif ou déni seraient protecteurs, au contraire des réactions de stoïcisme ou de désespoir). En revanche, le rôle favorisant ou aggravant de certains traits de personnalité et de comportement dans la maladie coronarienne est admis : moins que le classique *pattern comportemental* de type A (compétition, urgence, irritabilité, désirabilité sociale), c'est l'hostilité qui serait en cause, en conjonction, bien sûr, avec les facteurs de risque traditionnels de l'athérome.

✓ **La dépression** (et même les affects dépressifs d'intensité insuffisante pour porter un diagnostic de dépression majeure) est un facteur indépendant de mortalité dans la population générale, et en particulier chez les personnes ayant une maladie cardiaque. Le niveau de symptomatologie dépressive dans les suites immédiates d'un infarctus s'est ainsi avéré être un des plus forts facteurs prédictifs de mortalité dans les années qui suivent. On peut même désormais considérer, en raison de nombreuses études concordantes, que la dépression est un véritable facteur de risque vasculaire.

POINTS FORTS

à retenir

- **Aucune maladie organique (comportant des lésions tissulaires) et pratiquement aucun trouble fonctionnel (absence de lésion décelable) ne sont exclusivement d'origine psychogène. À l'inverse, le psychisme intervient à divers degrés dans la plupart des problèmes de santé.**
- **Les troubles fonctionnels (sans explication organique) ne disparaissent pas malgré les progrès de l'explication biomédicale. Quel que soit le niveau du système de soins, près d'un tiers des symptômes somatiques restent « médicalement inexpliqués ».**
- **La dépression et les troubles anxieux sont de grands pourvoyeurs de symptômes fonctionnels, tels que la fatigue, les douleurs squelettiques et musculaires diffuses, les sensations vertigineuses, etc. Mais ces troubles psychiatriques ne sont pas constamment présents chez les sujets présentant des troubles fonctionnels, qui relèvent le plus souvent d'une causalité multiple et circulaire.**
- **Les troubles somatoformes sont des catégories descriptives développées par les psychiatres pour rendre compte des symptômes « médicalement inexpliqués », de validité contestée, et peu utiles en pratique clinique, particulièrement en médecine générale.**
- **L'approche psychosomatique est d'abord une approche « centrée sur le patient », dont l'objectif est d'intégrer de façon personnalisée et cohérente les symptômes somatiques et/ou la pathologie organique, et le contexte psycho(patho)logique et social, chez un malade donné. Elle nécessite une collaboration étroite entre « somaticiens » et « psychistes ».**

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES « PSYCHOSOMATIQUES »

Le niveau le plus élémentaire est de reconnaître la plainte comme réelle. Il faut ensuite adopter une démarche diagnostique classique, en se souvenant que les symptômes médicalement inexpliqués durables et invalidants trouvent le plus souvent leur origine dans l'interaction de facteurs physiques et psychosociaux se potentialisant, plutôt que dans une cause unique organique ou psychologique.

Dans l'immense majorité des cas « médicalement inexpliqués », le symptôme disparaît spontanément ou en réponse à un traitement simple, et la qualité de la relation thérapeutique est préservée. Mais, plus rarement, les symptômes persistent, résistent aux tentatives de réassurance et de traitement. Un climat de suspicion s'installe entre patients et soignants. La crainte de méconnaître une pathologie organique pousse les praticiens à une fuite en avant vers des examens paracliniques qui peuvent poser problème (découverte fortuite d'anomalies sans lien avec les symptômes présentés). La détresse émotionnelle devient

évidente alors même qu'elle est de plus en plus farouchement niée par les malades. Il est tout de même nécessaire de se poser les questions suivantes :

- le symptôme peut-il être le signe d'une pathologie organique rare ou atypique ? La probabilité ne doit pas en être exagérée. Médecin et malade doivent tolérer un degré raisonnable d'incertitude, une fois les maladies les plus graves écartées ;
- le symptôme relève-t-il d'un trouble psychiatrique ? Cette étape correspond surtout au dépistage de la dépression et des principaux troubles anxieux, plus accessoirement de la recherche d'un trouble somatoforme. Malheureusement, on a vu que la plupart des situations de somatisation pouvaient se ranger dans le cadre du « trouble somatoforme indifférencié », ce qui ne s'avère en pratique d'aucune aide pour la prise en charge du symptôme et le soulagement du malade ;
- peut-on porter le diagnostic d'un syndrome somatique fonctionnel ? De tels diagnostics ne dispensent pas d'explorer l'ensemble des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien propres à chaque malade ;
- le malade est-il accessible à la réassurance ? La dimension hypocondriaque présente dans toutes les situations de symptômes fonctionnels doit être évaluée ;
- quelles sont les explications spontanées du patient pour son symptôme ? quelles sont ses craintes ? quelles expériences antérieures avec la médecine peuvent contribuer à une situation conflictuelle (maladies passées, expériences de proches, lectures médicales, avis discordants des praticiens consultés, etc.) ? ;
- des événements de vie ont-ils été concomitants de l'installation du trouble ? quel est le niveau de stress perçu ? ;
- quels sont les facteurs physiologiques, comportementaux, psychologiques et sociaux de renforcement et de pérennisation des troubles ? Par exemple : mauvaise qualité du sommeil, repos prolongé entraînant un déconditionnement musculaire, démoralisation, bénéfices secondaires affectifs ou financiers, conflits avec l'employeur ou les organismes sociaux, etc.

C'est une approche personnalisée, dite « centrée sur le patient » plutôt que sur une hypothétique maladie organique ou psychiatrique sous-jacente, qui doit donc être adoptée. Elle peut représenter la première ébauche d'une psychothérapie, dont les objectifs dans les situations de somatisation sont surtout de modifier des comportements (par exemple l'inactivité) et d'aider le patient à « réattribuer » ses sensations corporelles anormales à des phénomènes physiologiques bénins (hyperventilation, tension et déconditionnement musculaires) ou psychologiques (anxiété). De tels traitements ont prouvé leur efficacité dans l'anxiété panique, l'hypocondrie et certains syndromes fonctionnels.

Un problème difficile est celui du recours au « psychiste » (psychiatre ou psychologue). On aura compris que les patients somatisants y sont le plus souvent hostiles. L'intervention du psychiatre peut être mal comprise par les patients qui s'estiment parfois « abandonnés » par leur médecin somaticien. Présenter l'intervention du « psychiste » comme un examen complémentaire parmi d'autres est voué à l'échec. Certaines modalités de collaboration comme les consultations conjointes sont particulièrement

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La dépression s'exprime près d'une fois sur deux par des plaintes somatiques.
- 2 Les troubles de conversion ne surviennent que chez des sujets ayant une personnalité « hystérique » (histrionique).
- 3 L'hypocondrie peut être conçue comme un trouble anxieux centré sur la santé.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La dépression est un facteur de risque et de mortalité dans la maladie coronarienne.
- 2 Le traitement d'un trouble psychosomatique passe nécessairement par une psychothérapie de type psychodynamique (d'inspiration psychanalytique).
- 3 Certaines maladies somatiques sont d'origine exclusivement psychogène.

C / QCM

Parmi les assertions suivantes, lesquelles s'appliquent à la fibromyalgie et au syndrome de fatigue chronique ?

- 1 Ces syndromes rares viennent d'être découverts.
- 2 Ils peuvent être associés à des maladies organiques, comme des rhumatismes inflammatoires ou des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
- 3 Ils sont souvent associés entre eux et avec d'autres syndromes fonctionnels comme le syndrome de l'intestin irritable.
- 4 Les sujets qui en sont atteints acceptent volontiers d'aborder avec le médecin leur souffrance psychique.
- 5 Le « reconditionnement musculaire » par réentraînement physique gradué est une composante importante du traitement.

Réponses : A : V, F, V / B : V, F, F, F / C : 2, 3, 5.

utiles, sous réserve d'une certaine communauté de concepts, et d'une certaine complicité entre somaticien et « psychiste ». Dans les cas les plus lourds et les plus complexes, les consultations multidisciplinaires, organisées sur le modèle des centres d'évaluation et de traitement de la douleur, permettent une prise en charge médico-psychologique intégrée, au prix d'une lourde structure. Dans tous les cas, la relation thérapeutique doit aider le patient à réinvestir différemment son corps et son psychisme, et à participer activement à sa prise en charge. En pratique, l'intervention du « psychiste » semble indispensable :

- lorsque l'on soupçonne un trouble de personnalité ;
- lorsqu'une psychothérapie (de type psychodynamique, cognitive, ou autre) doit être mise en œuvre, en notant que les approches qui permettent de « garder le corps » dans la consultation sont souvent une bonne entrée en matière (relaxation, hypnose, thérapies comportementales).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.